Our Dermatology Online

Case Report

Demodex folliculitis: A case report

Fatimata Keita[1,2,3], Moussa Savané[1,2], Fatoumata Biro Diallo[1,2], Edima Augusty[3], Mamadou Diouldé Kanté[1,2], Mariame Touré[1,2], Boh Fanta Diané[1,2], Mohamed Maciré Soumah[1,2], Mohamed Cissé[1,2]

[1]Service de Dermatologie Hôpital National Donka, Conakry, Guinea, [2]Faculté des sciences et techniques de santé de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinea, [3]Service de Dermatologie, CHU de Cayenne, French Guiana

Corresponding author: Fatimata Keita, MD, E-mail: fatimatakeita@yahoo.fr

ABSTRACT

Demodex folliculorum (D. folliculorum) is the most common ectoparasite found in eyelash and skin follicles. Its precise role in the microflora is not yet fully understood, but it appears to act as a commensal. We report a case of Demodex folliculitis in a patient diagnosed by histopathological examination and treated with oral medication, resulting in a favorable outcome.

Key words: Folliculitis, Demodex, Ivermectin

How to cite this article: Keita F, Savané M, Diallo FB, Augusty E, Kanté MD, Touré M, Diané BF, Soumah MC, Cissé M. Demodex folliculitis: A case report. Our Dermatol Online. 2026;17(Supp. 1):33-36.

Submission: 19.11.2025; **Acceptance:** 17.04.2026

DOI: 10.7241/ourd.2026S1.6

© Our Dermatol Online Supp. 1. 2026

Case Report

Folliculite à Demodex: À propos d'un cas

Fatimata Keita[1,2,3], Moussa Savané[1,2], Fatoumata Biro Diallo[1,2], Edima Augusty[3], Mamadou Diouldé Kanté[1,2], Mariame Touré[1,2], Boh Fanta Diané[1,2], Mohamed Maciré Soumah[1,2], Mohamed Cissé[1,2]

[1]Service de Dermatologie Hôpital National Donka, Conakry, Guinea, [2]Faculté des sciences et techniques de santé de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinea, [3]Service de Dermatologie, CHU de Cayenne, French Guiana

Corresponding author: Fatimata Keita, MD, E-mail: fatimatakeita@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le Demodex folliculorum (D. folliculorum) est l'ectoparasite le plus fréquent dans les follicules des cils et de la peau. Son rôle précis dans la microflore n'est pas encore déterminé, mais il semble agir comme un commensal. Nous rapportons un cas de folliculite à Demodex chez un patient dont le diagnostic a été posé par l'examen anatomopathologique, et dont la prise en charge a été faite par un traitement per os avec une évolution favorable.

Mots-clés: Folliculite, Demodex, Ivermectine

INTRODUCTION

Demodex folliculorum (DF) et *Demodex brevis* (DB) sont des ectoparasites souvent présents sur la peau humaine. Ils vivent principalement dans les glandes sébacées et les follicules pileux, où ils se nourrissent de sébum et d'épiderme [1]. Pour cette raison, la présence de ces acariens est principalement détectée dans les zones riches en glandes sébacées, principalement sur le visage, les joues, le menton, le nez et sur les paupières, habitant les follicules des cils [1-3]. *D. folliculorum* se trouve généralement dans les structures superficielles des follicules et des glandes, tandis que *D. Brevis* est ancré plus profondément dans les glandes. L'anatomie, la physiologie et le cycle de vie des acariens sont bien documentés [4]. Néanmoins, leur rôle précis dans les conditions cutanées normales est encore incertain. On suppose qu'ils pourraient avoir une relation symbiotique avec les humains en tant que commensaux, se nourrissant du sébum humain sans nuire à leur hôte. Cependant, lorsque leur population dépasse un point critique, ils deviennent pathogènes, communément appelé démodécie [5], qui peut affecter la peau du visage et les paupières.

OBSERVATION

Nous rapportons un cas de folliculite à Demodex chez un patient de 85 ans qui nous a été adressé pour avis dermatologique, dans le service de dermatologie de l'hôpital de Cayenne. Il avait pour antécédents: une sténose carotidienne gauche opérée en 2018; une cécité bilatérale; une hypothyroïdie; une greffe cornéenne des yeux il y a plus de 10 ans; une dystrophie cornéenne de l'œil gauche et un greffon blanc de l'œil droit greffon opacifié. Il n'avait pas d'allergie connue. L'évolution de son éruption cutanée remonterait à 7 jours avant sa consultation dermatologique.

A l'examen dermatologique sur le plan cutané on notait une éruption cutanée faite d'un placard érythémateux surmonté de nombreuses pustules au visage non prurigineux, indolore, plus marqué sur le front, les pommettes et les plis nasogéniens, sans fièvre (Figs 1a et 1b). L'interrogatoire n'a pas retrouvé de notion de nouvelle prise médicamenteuse. Par ailleurs il présentait un intertrigo des grands plis, et une lésion de kératose séborrhéique sur le pubis. Un bilan biologique a été réalisé et retrouvait: hémoglobine 12.4g/dl; VGM 84.8 fl; PNN 5.57 g/L; CRP 7.9 mg/l; créatininémie

How to cite this article: Keita F, Savané M, Diallo FB, Augusty E, Kanté MD, Touré M, Diané BF, Soumah MC, Cissé M. Folliculite à Demodex: À propos d'un cas. Our Dermatol Online. 2026;17(Supp. 1):33-36.

Submission: 19.11.2025; **Acceptance:** 17.04.2026
DOI: 10.7241/ourd.2026S1.6

120 µmol; natrémie 140 mmol/l; kaliémie 3.9 mmol/l. Il a bénéficié d'une consultation ophtalmologique aux urgences, qui a conclu à l'absence de signe inflammatoire en faveur d'une localisation oculaire herpétique. Une biopsie cutanée a été réalisée sur une des pustules. Le patient a été mis sous dermocorticoïde de classe faible, dans l'attente du résultat de la biopsie. Celle-ci a conclu à une lésion pustuleuse sous cornée à polynucléaire neutrophile altéré avec infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire dermique autour des annexes pilosébacées (Fig. 2).

La présence de Demodex au sein des follicules pileux orientant vers une lésion d'origine infectieuse de type folliculite à Demodex (démodécidose). Devant ces données histologiques, le diagnostic de folliculite à Demodex a été retenu. Un traitement à base d'Ivermectine lui a été prescrit à la dose de 6 comprimés en prise unique, renouvelée au bout de deux semaines d'intervalle. L'évolution fut favorable marquée par la disparition des lésions (Fig. 3). Son intertrigo a été traité par éconazole crème et une cryothérapie a été faite sur la lésion de kératose séborrhéique.

Figure 1: (a) Lésions pustuleuses reposant sur une base érythémateuse. (b) Lésions pustuleuses reposant sur une base érythémateuse.

DISCUSSION

Selon la littérature, différentes formes cliniques de démodécie ont été décrites avec des caractéristiques cliniques variables. Le type pityriasis folliculorum apparaît comme une plaque érythémateuse sur le visage avec une peau sèche et rugueuse en raison d'une desquamation accrue dans le follicule pileux [6]. Le type de type rosacée provoque une peau sèche, des démangeaisons et des brûlures avec des lésions faciales papulo-pustuleuses [7]. Le type de folliculite apparaît comme des pustules folliculaires localisées qui ressemblent à de l'acné ou à une folliculite [8,9]. Le type de type dermatite périorale présente des lésions papulo-pustuleuses autour de la bouche, ressemblant à une dermatite périorale [10,11]. Le type clinique le plus courant est le pityriasis folliculorum, suivi du type rosacée et de type dermatite périorale [11]. Notre patient présentait plutôt le21 type folliculite. De plus, une prolifération anormale d'acariens *Demodex* chez des patients atteints d'autres maladies cutanées ou systémiques connues peut provoquer une démodécie secondaire, qui est souvent confondue avec des dermatoses inflammatoires [12,13]. Bien qu'il s'agisse d'un problème courant, les lésions cutanées causées par cette invasion sont si non spécifiques qu'elles peuvent souvent être confondues avec d'autres dermatoses,

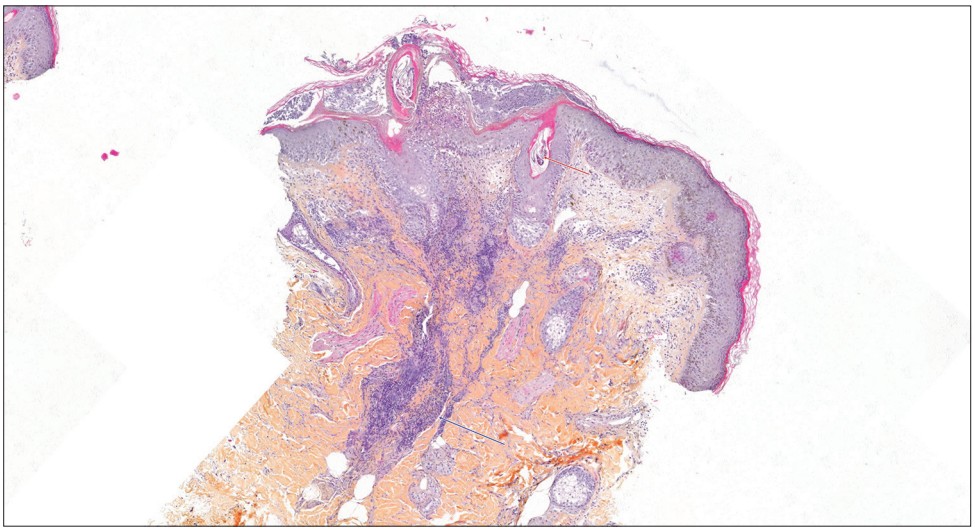

Figure 2: Lésion pustuleuse sous cornée à polynucléaire neutrophile altéré + infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire dermique; Flèche rouge: pustule folliculaire; flèche bleue: folliculite.

Figure 3: Evolution après traitement.

même par des dermatologues expérimentés [14-16]. Chez notre patient le diagnostic a été posé par la biopsie cutanée. Un traitement par Ivermectine a été instauré chez notre patient en fonction de son poids, et l'évolution fut favorable au bout de quelques semaines marquée par la régression de l'érythème et des lésions pustuleuses.

CONCLUSION

Le diagnostic d'une folliculite à Demodex n'est toujours pas aisé, et cela même pour les dermatologues du fait de l'existence de nombreuses formes cliniques. Il faut avoir le reflexe devant une éruption pustuleuse ne cédant pas au traitement des étiologies habituelles de cette entité.

Consent

The examination of the patient was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki.

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms, in which the patients gave their consent for images and other clinical information to be included in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due effort will be made to conceal their identity, but that anonymity cannot be guaranteed.

REFERENCES

1. Murphy O, O'Dwyer V, Lloyd-McKernan A. Ocular Demodex folliculorum: Prevalence and associated symptoms in an Irish population. Int. Ophthalmol. 2019:39:405–7.
2. Paichitrojjana A. Demodex: The worst enemies are the ones that used to be friends. Dermatol. Rep. 2022:14:93.
3. Elston CA, Elston DM. Demodex mites: Clin. Dermatol. 2014:32:739–43.
4. Nicholls SG, Oakley CL, Tan A, Vote BJ. Espèces de Demodex dans les maladies oculaires humaines: nouveaux aspects clinicopathologiques. Int Ophthalmol. 2017:31:303-12.
5. Lacey N, Ni Raghallaigh S, Powell FC. Acariens Demodex: commensaux, parasites ou organismes mutualistes. Dermatologie. 2011:222:128-30.
6. Karincaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M. The clinical importance of demodex folliculorum presenting with nonspecific facial signs and symptoms. J Dermatol. 2004;31:618-26.
7. Forton F, De Maertelaer V. Rosacea-like demodicosis and papulopustular rosacea may be two phenotypes of the same disease, and pityriasis folliculorum may be their precursor: response to the comment of Tatu. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019:33:47–8.
8. Helou W, Avitan-Hersh E, Bergman R. Demodex folliculitis of the scalp: clinicopathological study of an uncommon entity. Am J Dermatopathol. 2016:38:658–63.
9. Paichitrojjana A. Demodicosis imitating acne vulgaris: a case report. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022:15:497–501.
10. Akilov OE, Butov YS, Mumcuoglu KY. A clinico-pathological approach to the classification of human demodicosis. J Dtsch Dermatol Ges. 2005:607–14.
11. Yun CH, Yun JH, Baek JO, Roh JY, Lee JR. Demodex mite density determinations by standardized skin surface biopsy and direct microscopic examination and their relations with clinical types and distribution patterns. Ann Dermatol. 2017:29:137–42.
12. Chen W, Plewig G. Human demodicosis: revisit and a proposed classification. Br J Dermatol. 2014:170:1219–25.
13. González HP, Santas MD, Domper LF, Agud de Dios M, Boixeda P. Ex vivo dermoscopy in demodicosis. J Am Acad Dermatol. 2023;88:e127-e128.
14. Karincaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M. The clinical importance of demodex folliculorum presenting with non specific facial signs and symptoms. J. Dermatol. 2004:31:618–26.
15. Mamatha P, Sruthi Kareddy, Haarika Sadhu. Dermoscopic pattern of the topical steroid damaged face: A cross-sectional, observational study at a tertiary referral center in south India. Our Dermatol Online. 2023;14:253-8.
16. Malakar S, Mahesh AR. Can demodex incite pseudolymphoma?: A dermoscopic revelation. Our Dermatol Online. 2020;11:204-5.

Copyright by Fatimata Keita, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.